

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2024/2025

**Enare**  
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

# ÁREA DE ATUAÇÃO - INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA (ATINFPEdT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



### TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



### NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



### INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Infectologia

1

Segundo o Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil 2ª ed., atualizado em 29/05/2024, a transmissão e adoecimento por TB são influenciados por fatores demográficos, sociais e econômicos. Dentre os fatores que contribuem para a manutenção e propagação da doença, destacam-se: urbanização crescente e desordenada, desigualdade na distribuição de renda, moradias precárias e superlotação, insegurança alimentar e baixa escolaridade, bem como dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos. Dessa maneira, no Brasil, assim como em outros países que têm condições de vida semelhantes, alguns grupos populacionais apresentam maior vulnerabilidade para a TB.

Pelo exposto acima, em comparação com a população em geral, o risco de adoecimento por tuberculose é maior no seguinte grupo:

- (A) indígenas;
- (B) profissionais de saúde;
- (C) pessoas vivendo com o HIV;
- (D) pessoas privadas de liberdade;
- (E) pessoas vivendo em situação de rua.

2

Um homem de 34 anos encontra-se internado gravemente enfermo por doença infectocontagiosa sistêmica, de rápida evolução em poucos dias. Encontra-se toxêmico, hipoativo, queixando-se de dores disseminadas e com febre de 38,5 °C. A equipe clínica prescreveu tecovirimat parenteral.

A doença em questão é:

- (A) nocardiose;
- (B) torulose;
- (C) aspergilose;
- (D) tularemia;
- (E) mpox.

3

Linfogranuloma venéreo é uma doença causada por 3 cepas únicas da *Chlamydia trachomatis*, é caracterizada por uma lesão cutânea pequena e muitas vezes assintomática, seguida por linfadenopatia regional na virilha ou pelve, que pode ser de grande volume, dolorosa e supurativa, principalmente em pacientes com aids. Se adquirido por sexo anal, pode se manifestar como proctite grave. Sem tratamento, o linfogranuloma venéreo pode causar obstrução linfática e edema crônico dos tecidos genitais. O diagnóstico é clínico, mas a confirmação laboratorial, com sorologia ou teste de imunofluorescência, geralmente é possível. O tratamento é feito em domicílio.

Os antibióticos mais indicados e usados para o tratamento dessa infecção são:

- (A) doxiciclina, azitromicina, levofloxacina;
- (B) amoxicilina, cefalexina, axetil cefuroxima;
- (C) amoxicilina + clavulanato, cloranfenicol, gentamicina;
- (D) tazobactam + piperacilina, imipenem, cefepime;
- (E) sulfametoxazol + trimetoprima, neomicina, linezolida.

4

Hipertonias musculares mantidas, localizadas ou generalizadas, ausência de febre ou febre baixa, hiperreflexia profunda e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura ambiente), são sintomas que, em geral, o paciente pode apresentar mantendo-se consciente e lúcido.

Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca e de deambular, devido à hipertonía muscular correspondente. Com a progressão da doença, outros grupos musculares são acometidos. Pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral, hipertonía da musculatura torácica, de músculos abdominais e de membros inferiores. As contraturas paroxísticas ou os espasmos acontecem sob a forma de abalos tonicoclônicos, que variam em intensidade e intervalos, de acordo com a gravidade do quadro. A hipertonía torácica, a contração da glote e as crises espásticas podem determinar insuficiência respiratória, causa frequente de morte nesses enfermos. Nas formas mais graves, também pode ocorrer hiperatividade do sistema autônomo simpático (disautonomia), com taquicardia, sudorese profusa, hipertensão arterial, bexiga neurogênica e febre. Tais manifestações agravam o prognóstico da doença. Entretanto, devido às ações do Programa Nacional de Imunizações, essa doença, felizmente, não é mais tão comum como no passado.

A descrição acima se refere ao(à):

- (A) botulismo;
- (B) meningite bacteriana;
- (C) raiva;
- (D) doença de Creutzfeldt-Jakob;
- (E) tétano.

5

Um paciente de 22 anos apresentou quadro clínico com início abrupto de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos. Foi avaliado na UPA e liberado com prescrição de sintomáticos. Vinte e quatro horas depois, apresentou diarreia, artralgia, dor ocular, fotofobia e hemorragia conjuntival, além de tosse. Foi internado, recebendo hidratação venosa e sintomáticos venosos. Foram solicitados exames complementares, com os seguintes resultados: leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, plaquetopenia, aumento de ureia e creatinina, CPK elevada, baixa densidade urinária, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria.

Foi então iniciada antibioticoterapia com sulfametoxazol + trimetoprima. Logo a seguir, o paciente apresentou exantema, eritema macular, papular purpúrico, distribuídos no tronco ou na região pré-tibial. USG exibiu hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Na ocasião, reclamou de intensa mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas.

Apesar do uso de antibiótico, não apresentou melhora, com evolução para tríade insuficiência renal, icterícia rubínica e hemorragia pulmonar discreta (síndrome de Weil). Foi intubado e no CTI iniciou penicilina G cristalina em dose plena e cuidados intensivos. Após 10 dias, apresentou melhora clínica, sendo transferido para enfermaria até concluir seu tratamento.

A doença descrita acima é:

- (A) febre maculosa;
- (B) endocardite bacteriana;
- (C) leptospirose;
- (D) dengue hemorrágica;
- (E) infecção urinária por pseudomonas aeruginosa.

6

Um paciente de 33 anos, praticante de artes marciais, sem histórico de doenças, compareceu ao pronto-socorro queixando-se de dor em região de trajeto do nervo ciático. A dor era constante e não modificava com o movimento. Observou-se, no local, exantema vesicular e pústulas muito dolorosas. Relatou também que vinha apresentando febre há cerca de um mês e perda ponderal de 2 Kg. O plantonista que o atendeu elaborou um diagnóstico clínico e solicitou alguns exames com hemograma, exames básicos de bioquímica do sangue e mais alguns para complementar seu raciocínio clínico e elaborar o melhor plano terapêutico para esse paciente.

Considerando o relato acima, a doença em questão e um exame que deveria ser solicitado adicionalmente são, respectivamente:

- (A) herpes simples e coloração pelo Giemsa do esfregaço da lesão;
- (B) herpes zóster e reação em cadeia da polimerase para varicela;
- (C) herpes zóster e sorologia para o HIV;
- (D) herpes zóster e cultura de células para varicela;
- (E) impetigo e cultura da secreção para caracterizar bactérias.

7

Um paciente de 45 anos, sem doenças prévias, desenvolveu enfermidade de instalação súbita e progressiva com quadro de náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. Logo após, queixou-se de cefaleia, vertigem e tontura. Foi internado na emergência, onde foi iniciada hidratação venosa e administração de sintomáticos. Entretanto, 3 horas depois começou a apresentar visão turva, ptose palpebral, diplopia, disfagia, disartria, boca seca e fraqueza muscular simétrica, acometendo com maior intensidade os membros superiores, sem perda da sensibilidade. Notaram-se hipotensão sem taquicardia e retenção urinária. Cerca de 6 horas após a internação, evoluiu para paralisia flácida motora descendente, associada a comprometimento autonômico disseminado. Durante todo esse período, o paciente se manteve consciente. A fraqueza muscular descendente afetou os músculos do tronco e dos membros, levando a dispneia, insuficiência respiratória e tetraplegia flácida. Foi necessária a transferência do paciente para o CTI, com instalação de tubo orotraqueal e ventilação mecânica, além de rotinas terapêuticas para pacientes graves.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) meningite por *Haemophilus influenzae*;
- (B) síndrome de Guillain-Barré;
- (C) doença de Lyme;
- (D) infecção pelo *Clostridium botulinum*;
- (E) raiva.

8

Uma paciente de 35 anos apresentou exantema não pruriginoso e eritema conjuntival, febre, mialgia e mal-estar. O exame sorológico mostrou tratar-se de infecção pelo vírus Zika. Evoluiu com enfermidade neurológica.

Em relação a essa arbovirose, além da microcefalia congênita, a manifestação neurológica mais comumente encontrada é:

- (A) paralisia de Bell;
- (B) paraparesia espástica tropical;
- (C) síndrome de Guillain-Barré;
- (D) neuralgia do trigêmeo;
- (E) meningoencefalite.

9

Um homem de 50 anos em tratamento para hepatite C, com cirrose hepática compensada CHILD PUGH A, tem histórico de falha terapêutica com uso prévio de antivirais de ação direta. O médico assistente do serviço de atenção especializada prescreveu um novo esquema terapêutico, recomendado pelo Ministério da Saúde.

O esquema prescrito foi:

- (A) sofosbuvir/velpastavir/ribavirina por 24 semanas;
- (B) sofosbuvir/daclatasvir por 12 semanas;
- (C) sofosbuvir/pibrentasvir + glecaprevir por 12 semanas;
- (D) sofosbuvir/velpastavir por 12 semanas;
- (E) sofosbuvir/ribavirina por 24 semanas.

10

Uma mulher de 56 anos apresenta diagnóstico de hepatite B em teste de rotina realizado há 9 meses. Não realizou tratamento e no momento encontra-se assintomática. Apresenta os seguintes marcadores virais:

- Anti-HBs negativo
- HBsAg positivo
- Anti-HBc total positivo
- AntiHBc IgM negativo
- HBe Ag positivo

A principal indicação para o início de tratamento antiviral específico é:

- (A) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 2.000 UI/mL;
- (B) carga viral HBV-DNA igual ou maior que 10.000 UI/mL;
- (C) ALT maior ou igual a 100 U/mL;
- (D) presença de HBeAg;
- (E) imunodepressão.

11

Um jovem de 20 anos de idade, trabalhador rural no interior do estado de São Paulo, é admitido no hospital com quadro de dispneia intensa, tosse seca e febre. Foi hospitalizado, evoluindo para edema agudo de pulmão não cardiogênico e choque, sendo necessária prótese respiratória. Após 5 dias de permanência na UTI, foi extubado e apresentou melhora clínica. Desenvolveu intenso aumento da diurese espontânea nessa fase (fase diurética da doença), que durou cerca de 1 semana. Recebeu alta hospitalar após 35 dias de internação, apesar de dispneia leve e astenia moderada persistente.

O quadro infeccioso, que acometeu o paciente foi:

- (A) febre maculosa;
- (B) hantavirose;
- (C) blastomicose sul-americana;
- (D) febre tifoide;
- (E) tularemia.

12

Um jovem de 18 anos foi atendido em uma unidade básica de saúde com um quadro de segundo episódio de uretrite gonocócica em 3 meses.

Após aconselhamento pela equipe, o tratamento instituído foi:

- (A) doxiciclina 100 mg, 1 comprimido via oral, 12/12h por 30 dias;
- (B) ceftriaxona 1g, intramuscular, dose única;
- (C) ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dose única + azitromicina 500 mg, 4 comprimidos via oral, dose única;
- (D) ciprofloxacino 500 mg, via oral, 12/12h por 7 dias;
- (E) azitromicina 500 mg, via oral, por 10 dias.

13

A cólera é causada pela bactéria *Vibrio cholerae* toxigênica dos sorogrupos O1 ou O139. O *Vibrio cholerae* O1 pode ser classificado em dois biotipos: Clássico e El Tor, que apresentam diferenças em relação às propriedades fenotípicas e genotípicas, patogenicidade e padrões de infecção e sobrevivência nos hospedeiros humanos. O uso de antibióticos é complementar ao tratamento e não substitui a administração de líquidos e solução de sais de reidratação oral ou de fluidos endovenosos (a reidratação é a base da terapia).

Dessa maneira, o antibiótico de primeira escolha, indicado pelo Ministério da Saúde, para tratamento da cólera é:

- (A) doxiciclina 2 mg/kg a 4 mg/kg, em dose única, por via oral;
- (B) sulfametoxazol + trimetoprima 400/80 mg, 12/12h por 5 dias, por via oral;
- (C) amoxicilina + clavulanato 875/125 mg, 12/12h por 7 dias;
- (D) gentamicina 80 mg, por via oral, em dose única;
- (E) cefepime 2 g, por via endovenosa, 8/8h por 10 dias.

14

Durante um final de semana, uma família se reuniu para comemorar uma data religiosa, sendo adquiridos vários tipos de frutos do mar, congelados, para almoço.

Três indivíduos dessa família, idosos, evoluíram com febre alta prolongada, fadiga, cefaleia, tosse seca, náusea, perda de apetite, dor abdominal, constipação, dissociação pulsotemperatura, hepatoesplenomegalia e roséolas cutâneas.

Dois pacientes se recuperaram; entretanto, um deles, na segunda semana de doença, persistiu com febre, astenia intensa, alteração do nível de consciência com delírios e indiferença ao ambiente. Houve dissociação pulsotemperatura (frequência de pulso normal em presença de febre elevada), hepatoesplenomegalia, dor abdominal difusa com persistência da constipação intestinal. Foi observado surgimento de exantemas em ombros, tórax e abdômen caracterizados por máculas pápulo-eritematosas, com aproximadamente 1 mm a 5 mm de diâmetro, que desapareciam à vitropressão. Evoluiu com hipotensão, enterorragia e perfuração intestinal. Após tratamento cirúrgico, foi internado em CTI, onde recebeu tratamento adequado com antibióticos, e, após 25 dias, recebeu alta melhorado para enfermaria.

O diagnóstico clínico mais compatível com a descrição acima é:

- (A) infecção causada pelo *Bacillus cereus*;
- (B) infecção causada por *Escherichia coli* enterotoxigênica;
- (C) amebíase intestinal;
- (D) febre tifoide;
- (E) infecção causada por rotavirus.

15

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas. No Brasil, a infecção apresenta alta prevalência na população.

O principal modo de transmissão dessa doença acontece por:

- (A) contato com pombos;
- (B) via oral, através do consumo de alimentos e água contaminados com oocistos, ou carnes e derivados contendo cistos teciduais;
- (C) contato com cães e suas fezes;
- (D) contato com qualquer gato doméstico, já que todos os felídeos são potenciais transmissores dessa doença;
- (E) transplante de órgãos.

16

*Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo que causa gastroenterite na maioria dos indivíduos que o ingerem em quantidade suficiente. O germe pode causar infecção grave, de origem alimentar, em indivíduos vulneráveis, como idosos, gestantes e imunossuprimidos. *L. monocytogenes* é um patógeno intracelular facultativo.

Com relação a esse patógeno, é correto afirmar que:

- (A) macrófagos ativados por interferon-gama não conseguem eliminar as bactérias intracelulares;
- (B) pacientes com defeitos na imunidade mediada por células, como aqueles com níveis reduzidos de linfócitos T CD4+, apresentam risco diminuído para listeriose;
- (C) no interior dos macrófagos, as bactérias escapam do fagolisossomo usando as proteínas listeriolisina O e duas fosfolipases;
- (D) em infecções agudas, *L. monocytogenes* evoca um padrão granulomatoso de inflamação com numerosas células gigantes multinucleadas;
- (E) uma resposta eficaz do hospedeiro contra *L. monocytogenes* depende de células T TH1 E CD8+ no início da infecção e IFN- $\gamma$  produzido por células NK na infecção crônica.

17

Um indivíduo saudável apresentou, ao realizar exames laboratoriais de rotina, aumento das transaminases, sem outros achados ou sintomas. Para investigar esse aumento, foram solicitados os marcadores da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), com os seguintes resultados:

- HBsAg (+);
- Anti-HBs (-);
- HBeAg (+);
- Anti-HBe (+);
- Anti-HBc total (+);
- Anti-HBc IgM (+).

O médico assistente, ao relatar os resultados para o paciente, fez corretamente o seguinte comentário:

- (A) "o senhor tem hepatite B na fase crônica";
- (B) "o senhor tem hepatite B na fase de incubação";
- (C) "o senhor tem hepatite B na fase de aguda";
- (D) "o senhor tem hepatite B na fase final da infecção aguda";
- (E) "o senhor tem hepatite B na fase crônica".

**18**

Um paciente de 35 anos, com aids avançada e sem tratamento, apresentava contagem de linfócitos TCD4 de 12 cel/mm<sup>3</sup> e carga viral do HIV maior que 1 milhão de cópias/mm<sup>3</sup>. Deu entrada no hospital com quadro de cefaleia intensa, vômitos, fotofobia, febre e confusão mental de evolução progressiva de 10 dias. Após investigação clínica e laboratorial, que incluiu estudo do LCR, o diagnóstico de meningite criptocócica foi feito e o tratamento antifúngico intravenoso, iniciado.

Essa doença fúngica é também conhecida como:

- (A) tularemia e blastomicose americana;
- (B) torulose e blastomicose europeia;
- (C) meningite de Chicago e doença de Gilchrist;
- (D) doença das tumbas e doença de Darling;
- (E) doença da roseira e febre do deserto.

**19**

Um jardineiro de 61 anos procurou uma UBS com lesões vermelhas escuras que se iniciaram em dorso de mão direita e foram seguindo trajeto ascendente para antebraço e braço homolaterais. O diagnóstico clínico de esporotricose em sua forma linfocutânea foi feito, e o tratamento com itraconazol na dose de 200 mg/dia foi iniciado.

Em relação a esse tratamento, é correto afirmar que:

- (A) as doses devem ser fracionadas durante o dia;
- (B) o medicamento deve ser ingerido em momento distante das refeições;
- (C) o uso concomitante do itraconazol com inibidores da bomba de prótons aumenta a concentração do antifúngico;
- (D) a varfarina tem sua concentração aumentada com o uso do itraconazol;
- (E) os bloqueadores de canal de cálcio têm sua ação reduzida com o uso do itraconazol.

**20**

A vacinação contra febre amarela é a medida mais importante e eficaz para prevenção e controle dessa doença. No Brasil, utiliza-se a vacina contra a febre amarela atenuada, composta de vírus vivos atenuados derivados da linhagem 17 DD. É um imunobiológico seguro e altamente eficaz na proteção contra a doença, com imunogenicidade de 90% a 98% de proteção. Os anticorpos protetores aparecem entre o sétimo e o décimo dia após a aplicação da vacina, razão pela qual a vacinação deve ocorrer ao menos dez dias antes de se ingressar em área de risco da doença.

Com relação à vacina contra a febre amarela, o esquema vacinal indicado pelo Ministério da Saúde para crianças é o seguinte:

- (A) uma dose aos 9 meses de vida, uma dose aos 2 anos de idade e uma dose de reforço aos 4 anos de idade;
- (B) aplicação da vacina apenas após 5 anos de idade;
- (C) dose única a partir dos 9 meses de idade;
- (D) uma dose aos 9 meses de vida e uma dose de reforço aos 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- (E) aplicação da vacina ao nascer e dose de reforço aos 3 anos.

**21**

A combinação dos medicamentos arteméter + lumefantrina é indicado para tratamento da seguinte doença:

- (A) leishmaniose;
- (B) filariose;
- (C) oncocercose;
- (D) doença de Chagas;
- (E) malária.

**22**

A vacinação para o HPV é uma importante medida em saúde pública. No Brasil, está disponível no SUS para crianças e adolescentes entre 9 e 14 anos, pacientes com HIV/aids, transplantados, pacientes oncológicos e pessoas em uso de PREP para HIV.

A vacina oferecida é ativa para os seguintes genótipos do HPV:

- (A) 16, 31, 33 e 51;
- (B) 6, 11, 16 e 18;
- (C) 16, 18, 45 e 51;
- (D) 31, 33, 35 e 68;
- (E) 16, 35, 39 e 52.

**23**

*Schistosoma*, um helminto pertencente à classe Trematoda, à família Schistosomatidae e ao gênero *Schistosoma*, são vermes digenéticos, delgados, de coloração branca e sexos separados. A fêmea adulta, mais alongada, encontra-se alojada em uma fenda do corpo do macho, denominada canal ginecóforo.

O ser humano é o principal hospedeiro definitivo do *S. mansoni*. É nele que o parasita desenvolve a forma adulta e se reproduz sexuadamente, gerando ovos que são disseminados no meio ambiente por meio das fezes, ocasionando a contaminação das coleções hídricas.

O ciclo biológico do *S. mansoni* depende da presença do hospedeiro intermediário no ambiente. Os caramujos gastrópodes aquáticos, pertencentes à família Planorbidae e ao gênero *Biomphalaria*, são os organismos que possibilitam a reprodução assexuada do helminto.

Com relação ao período de transmissibilidade dessa doença, é correto afirmar que:

- (A) a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 5 semanas após a infecção e por um período de 6 a 10 anos, podendo chegar a até mais de 20 anos;
- (B) os hospedeiros intermediários começam a eliminar miracídeos após 4 a 7 semanas da infecção pelas cercárias;
- (C) os caramujos infectados eliminam cercárias por toda a vida, que é aproximadamente de 3 anos;
- (D) a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 1 semana após a infecção e por um período de 6 meses a 1 ano;
- (E) os hospedeiros permissivos ou reservatórios, como os primatas, marsupiais (gambá), ruminantes, roedores e lagomorfos (lebres e coelhos), são considerados reservatórios que não eliminam ovos.

**24**

Na hanseníase, o teste de biologia molecular q-PCR para a detecção do *Mycobacterium leprae* utiliza amostras de:

- (A) sangue e linfa;
- (B) saliva e pele;
- (C) pele e nervo;
- (D) pela e linfa;
- (E) sangue e saliva.

**25**

Em determinada doença, achados comuns nas autópsias em recém-nascidos incluem microcefalia, ventriculomegalia, lesões articulares congênitas e hipoplasia pulmonar, bem como forte depleção neuronal e adelgaçamento associado do parênquima cerebral, com microcalcificações e nódulos microgliais, também são relatados.

A descrição acima está associada à(ao):

- (A) zika;
- (B) dengue;
- (C) chicungunya;
- (D) poliomielite;
- (E) sarampo.

**26**

A esquistossomose é uma doença parasitária relacionada diretamente à vulnerabilidade social e a precárias condições de saneamento básico, sendo um importante problema de saúde pública no Brasil.

É uma doença que tende à cronicização e que gera uma resposta imune predominantemente tipo resposta:

- (A) Th1;
- (B) mediada por linfócitos B;
- (C) mediada por complemento;
- (D) citotóxica mediada por linfócito TCD8+;
- (E) Th2.

**27**

A febre Q é uma doença infecciosa adquirida principalmente após exposição a bovinos, caprinos e ovinos.

O curso clínico pode ser agudo, crônico (duração de 6 meses ou mais) ou recidivante. Pneumonia e hepatite granulomatosa são as manifestações predominantes na fase aguda. Outras manifestações menos comuns incluem erupções cutâneas (maculopapulares ou purpúricas), febre de origem desconhecida, miocardite, pericardite, aneurismas de aorta, meningite asséptica, encefalite, orquite, abscesso iliopsoas, neuropatia periférica (de mononeurite múltipla a plexopatia e síndrome de Guillain-Barré), espondilodiscitis, tenossinovite, osteomielite granulomatosa (mais frequentemente visto em crianças) e linfadenopatias regionais (mediastinais) ou difusas.

O agente causador da febre Q é:

- (A) *Coxiella burnetti*;
- (B) *Rickettsia prowazekii*;
- (C) *Eikenella corrodens*;
- (D) *Erithrovirus*;
- (E) vírus Norwalk.

**28**

*Yersinia pestis* é uma bactéria gram-negativa que causa infecção intracelular e que cursa de forma invasiva, frequentemente fatal. É transmitida de roedores para humanos por picadas de pulgas ou, menos frequentemente, de um humano para outro por aerossóis. A peste causou três grandes pandemias que mataram milhões de pessoas; estima-se que a devastação causada por essa doença na Eurásia, em 1347, ceifou a vida de cerca de 200 milhões de pessoas, o que deu à infecção o nome dramático de peste negra. Nesse contexto, a peste surge após o Papa Gregório IX afirmar, alguns anos antes, que gatos eram criação do demônio. Os felinos foram então massacrados na Europa, diminuindo drasticamente o controle natural da natalidade dos roedores.

*Y. pestis* possui um complexo transmitido por genes plasmídeos, o Yop virion, que codifica a secreção de uma proteína sob a forma de uma estrutura oca, lembrando uma seringa, que se projeta na superfície bacteriana e liga-se às células dos hospedeiros, onde injeta proteínas bacterianas chamadas Yops (proteínas do revestimento externo de *Yersinia*) na célula.

Em relação à transmissão dessa bactéria, é correto afirmar que:

- (A) no proventrículo das pulgas, a bactéria se prolifera intensamente, e, em uma fase mais tardia, já no intestino das pulgas, a *Y. pestis* produz um biofilme que o obstrui; dessa maneira, a pulga faminta pica, suga e regurgita o sangue com a bactéria presentes no proventrículo e, assim, infecta o roedor ou humano que está picando;
- (B) as bactérias espalham-se do local da inoculação para os tecidos linfóides, onde proliferam e inibem o desenvolvimento de uma resposta eficaz do hospedeiro;
- (C) YopE, YopH e YopT bloqueiam a fagocitose inativando moléculas que regulam a polimerização da actina;
- (D) YopJ inibe as vias de sinalização que são ativadas pelos lipopolissacarídeos, bloqueando a produção de citocinas inflamatórias;
- (E) na peste septicêmica, os gânglios linfáticos por todo o corpo, bem como órgãos ricos em fagócitos mononucleares, desenvolvem focos de necrose. A bacteremia fulminante também induz coagulação intravascular disseminada, hemorragias e trombos. Nessa fase, as pulgas não podem mais adquirir grande quantidade de bactérias do sangue do enfermo, e assim a transmissão para novos hospedeiros diminui, reduzindo a disseminação da infecção.

**29**

A listeriose é causada pela bactéria gram-positiva *Listeria monocytogenes*, que é transmitida por meio de alimentos contaminados como queijos frescos, salsichas, melões e frutos do mar. A infecção gera preocupação principalmente em gestantes no terceiro trimestre.

O tratamento de antibiótico de escolha é:

- (A) amoxicilina + clavulanato;
- (B) ceftriaxona;
- (C) cefuroxima;
- (D) cloranfenicol;
- (E) ampicilina.

30

Um estudante universitário compareceu a um evento esportivo em uma cidade portuária. Após evento noturno com liberação alcoólica, manteve relações sexuais desprotegido. Alguns dias depois, em sua região inguinal, surgiu uma lesão papular elevada no epitélio escamoso estratificado úmido da genitália. A lesão ulcerou, e foi detectado abundante tecido de granulação, que se manifestou grosseiramente como massa protuberante, macia e indolor. Posteriormente houve aumento do tamanho das lesões com bordas elevadas e endurecidas.

O estudante procurou seu professor de infectologia para orientação e tratamento. O professor observou que os linfonodos inguinais estavam ligeiramente aumentados e que havia sintomas como poliúria, urgência miccional e dor em queimação de média intensidade ao urinar.

Foi realizada biópsia da lesão, que revelou marcada hiperplasia epitelial nas bordas da úlcera, caracterizando hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Havia mistura de neutrófilos e células inflamatórias mononucleares presentes na base da úlcera e abaixo do entorno do epitélio.

Os organismos foram visualizados pela coloração com Giemsa em esfregaços do exsudato como cocobacilos minúsculos e encapsulados em macrófagos. Técnicas histopatológicas de impregnação pela prata (método de Warthin Starry) também mostraram a presença de cocobacilos no interior de macrófagos. O diagnóstico e o tratamento referentes à doença acima são, respectivamente:

- (A) gonorreia – ceftriaxona;
- (B) cancro mole – azitromicina;
- (C) granuloma inguinal – azitromicina;
- (D) linfogranuloma venéreo – doxiciclina;
- (E) infecção pelo *Mycoplasma genitalium* – moxifloxacino.

31

A poliquimioterapia (PQT-U), um esquema de primeira linha para o tratamento farmacológico da hanseníase, é recomendado pela OMS desde 1982 e adotado no Brasil como único esquema terapêutico desde o início da década de 1990. Consiste na associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina), que leva à cura em até 98% dos casos tratados, com baixa taxa de recidiva, estimada internacionalmente em torno de 1% dos casos tratados em um período de 5 a 10 anos (Lockwood, 2019).

O esquema farmacológico para tratamento de primeira linha, na infecção pelo *M. leprae*, para um paciente adulto, com 37 anos, peso corporal de 70 kg, com infecção paucibacilar, é:

- (A) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 6 meses;
- (B) dose mensal supervisionada: rifampicina 600 mg + clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (C) dose diária supervisionada: clofazimina 300 mg + dapsona 100 mg por 12 meses;
- (D) dose diária supervisionada: rifampicina 10 mg/kg de peso + clofazimina 6 mg/kg de peso + dapsona 2 mg/kg de peso por 12 meses;
- (E) dose diária supervisionada: rifampicina 450 mg + clofazimina 150 mg + dapsona 50 mg por 6 meses.

32

Os herpesvírus humanos do grupo  $\beta$  infectam e produzem infecção latente em vários tipos de células onde os vírus podem se reativar em determinadas situações, com frequência, mas não exclusivamente, em indivíduos imunodeprimidos.

O herpesvírus associado a encefalite, pneumonite, hepatite e mielite é:

- (A) HHV-8 (vírus do herpes humano tipo 8);
- (B) VZV (vírus da varicela zóster);
- (C) CMV (citomegalovírus);
- (D) EBV (vírus Epstein-Barr);
- (E) HSV-2 (vírus humano do herpes simples tipo 2).

33

A doença de Lyme é relativamente comum e é transmitida por artrópodes (principalmente carrapatos do gênero *Ixodes* e *Amblyomma*) e causada por espiroquetas do gênero *Borrelia*. Podem ser localizadas ou disseminadas, com tendência a causar doenças crônicas persistentes como artrites.

Com relação ao tratamento da doença de Lyme, é correto afirmar que:

- (A) ceftriaxona 2 g 12/12h deve ser prescrita na fase aguda e mantida enquanto se observar o eritema migrans;
- (B) na neuroborreliose de Lyme, a ceftriaxona 2 g 12/12h deve ser utilizada por 7 dias;
- (C) na fase aguda da doença, a doxiciclina 100 mg 12/12h por 21 dias é a droga de escolha;
- (D) a *Borrelia burgdorferi* pode formar biofilmes onde as bactérias geralmente se tornam metabolicamente inativas e menos suscetíveis aos efeitos dos antibióticos e do sistema imunológico; portanto, os antibióticos são altamente eficazes;
- (E) nas fazendas onde os equídeos são criados, uma das medidas para eliminar as bactérias dos carrapatos é administrar antibióticos aos equídeos, eliminando assim as bactérias dos artrópodes quando estes sugam sangue dos animais com antibióticos, interrompendo o ciclo de transmissão para os seres humanos.

34

A *Fasciola hepatica*, comumente conhecida como "barata do fígado", é um parasita trematódeo que causa a fasciolose, uma zoonose que afeta tanto humanos quanto animais de criação. Essa doença parasitária tem distribuição global, sendo particularmente prevalente em regiões com práticas de criação de gado extensivas.

Em relação à fasciola hepática, o hospedeiro intermediário são os:

- (A) caramujos aquáticos;
- (B) humanos;
- (C) cavalos;
- (D) bovinos;
- (E) ovinos.

**35**

Uma mulher de 46 anos, obesa, hipertensa e diabética, foi mordida por um cão da raça pastor alemão. As mordidas atingiram levemente a face; porém, na região posterior da coxa e mão direita, algumas lesões eram laceradas e outras, puntiformes e profundas, não atingindo vasos arteriais calibrosos. O cão era vacinado, saudável e tinha proprietário conhecido.

Considerando o descrito acima, com relação às mordeduras por cães, a conduta inicial mais correta é:

- (A) usar de imediato amoxicilina + clavulanato na dose de 1 g por via intravenosa, para profilaxia de infecções;
- (B) suturar todas as lesões;
- (C) solicitar, antes de qualquer medida, raio X da mão para averiguar fraturas ósseas;
- (D) lavar o local abundantemente com água e solução degermante;
- (E) administrar imediatamente soro e vacinas antirrábica e antitetânica.

**36**

A oncocercose é uma helmintíase também conhecida como cegueira dos rios. Causada pelo agente *Onchocerca volvulus*, é endêmica na África subsaariana e no norte da América do Sul, incluindo a região amazônica no Brasil. Seu vetor é um inseto conhecido como mosca negra.

O tempo de incubação da oncocercose é de:

- (A) 15 a 30 dias;
- (B) 3 a 6 meses;
- (C) 6 a 9 meses;
- (D) 9 meses a 1 ano;
- (E) 1 a 3 anos.

**37**

A escarlatina, uma das doenças causadas pelos estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, cursa com febre alta, *rash* cutâneo, palidez perioral e língua em morango, entre outros sinais e sintomas.

A manifestação clínica observada na fase tardia da doença é(são):

- (A) lesões ulcerativas;
- (B) hiperpigmentação facial;
- (C) *rash* vesicular;
- (D) descamação da pele;
- (E) linfadenomegalia persistente.

**38**

A síndrome urêmica hemolítica típica (SHU) é uma doença do grupo das microangiopatias trombóticas. São distúrbios caracterizados por anemia hemolítica microangiopática não imune, trombocitopenia e insuficiência multissistêmica. A SHU está associada a infecções intestinais por bactérias produtoras da toxina Shiga, em especial a *Escherichia coli* enterohemorrágica invasiva (STEC - *Shiga-toxin– producing strains of E coli*). Carne mal-cozida, especialmente hambúrguer, leite e suco não pasteurizados, além de frutas e vegetais crus, podem estar contaminados por essas bactérias.

A doença geralmente tem início abrupto com quadro de diarreia, muitas vezes com sangue e dor abdominal. Em adultos, geralmente é autolimitada a 5-10 dias. Porém, em crianças, observa-se maior associação à SHU.

Com relação a essa doença em crianças, é correto afirmar que:

- (A) o antibiótico de escolha é o ciprofloxacino;
- (B) a terapia antibiótica pode aumentar o risco de SHU e a plasmáfereze pode auxiliar pacientes com doença por *e. coli* enterohemorrágica invasiva produtora da toxina SHIGA;
- (C) rifaximina associada a fluorquinolona deve ser administrada imediatamente em casos de diarreia hemorrágica;
- (D) vancomicina 125 mg, por via oral, quatro vezes ao dia, associada a fidaxomicina 200 mg, duas vezes ao dia durante 10 dias, é o tratamento indicado;
- (E) sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg a cada 6h por 28 dias é o tratamento de escolha.

**39**

A infecção pelo HIV-2 é endêmica em países da África Ocidental. A transmissão do HIV-2 é baixa em países localizados fora desta região.

Em relação a esse vírus, é correto afirmar que:

- (A) ele possui mais infecciosidade do que o HIV-1;
- (B) a progressão para aids é mais rápida do que com o HIV-1;
- (C) a síndrome inflamatória da reconstituição imune é mais intensa do que o observado no HIV-1;
- (D) a mortalidade pelo HIV-2 é maior do que a pelo HIV-1, nos casos de imunodeficiência avançada;
- (E) os inibidores de protease são excelentes drogas contra o HIV-2.

**40**

Os acidentes ofídicos podem ser classificados em leves, moderados e graves, dependendo de fatores como local da picada, número de picadas e características individuais da cobra e do acidentado, além de características inerentes à potência e mecanismo de ação do veneno.

O único gênero que deve ser considerado como potencialmente grave pelo risco de insuficiência respiratória é o:

- (A) botrópico;
- (B) crotálico;
- (C) laquétrico;
- (D) elapídico;
- (E) boidae.

## Pediatria

41

Um recém-nascido com 24 horas de vida foi submetido ao teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho). A saturação de O<sub>2</sub> foi de 92% no membro superior direito e 91% no membro inferior esquerdo na primeira aferição.

Diante desse resultado, a criança deverá:

- (A) ter alta, pois o teste foi negativo;
- (B) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi positivo;
- (C) realizar avaliação cardiológica, pois o teste foi duvidoso;
- (D) repetir o teste após uma hora, pois o teste foi duvidoso;
- (E) realizar avaliação cardiológica após a alta, pois o teste foi positivo.

42

Um lactente de 9 meses, com fácies síndrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis.

Nesse caso, o médico deve:

- (A) internar a criança para realização de exames;
- (B) encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra;
- (C) iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- (D) solicitar teste de oximetria de pulso;
- (E) considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

43

Uma lactente de 8 meses, com febre de 38,5 °C, coriza e tosse, foi levada ao posto de saúde para ser vacinada para influenza pela primeira vez.

Considerando o estado dessa lactente, a equipe do posto de saúde deve:

- (A) aguardar a remissão do quadro febril para vacinar a criança;
- (B) vacinar a criança com dose única da vacina;
- (C) vacinar a criança e indicar seu retorno ao posto após 1 mês para dose de reforço;
- (D) aguardar 15 dias após o desaparecimento de todos os sintomas para vacinar a criança;
- (E) vacinar a criança após 12 meses, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações.

44

Uma criança de 2 anos, portadora de síndrome de Down, sem queixas, compareceu à consulta de rotina.

De acordo com o protocolo de acompanhamento dos portadores de síndrome de Down, o médico deve:

- (A) solicitar acompanhamento com neuropediatra;
- (B) solicitar tomografia computadorizada do crânio;
- (C) solicitar avaliação da acuidade auditiva e visual;
- (D) dar orientações gerais, sem necessidade de exames complementares ou encaminhamento;
- (E) encaminhar o paciente para a nutricionista pelo maior risco de déficit pômbero-estatural.

45

Um escolar de 9 anos é levado à emergência com tosse seca, taquidispneia moderada, tiragens intercostais, acianótico em ar ambiente e com sibilos difusos à ausculta pulmonar.

Esse paciente deve ser medicado com:

- (A) dropropizina xarope;
- (B) nebulização com acetilcisteína;
- (C) ambroxol xarope;
- (D) salbutamol spray utilizado com espaçador;
- (E) nebulização com brometo de ipratrópio.

46

Uma professora encaminha criança de 6 anos, cursando o primeiro ano do Ensino Fundamental, ao serviço de saúde devido a dificuldade de aprendizado e hiperatividade.

Nessa situação, o médico deve:

- (A) solicitar avaliação auditiva e oftalmológica;
- (B) prescrever metilfenidato;
- (C) encaminhar a criança ao psiquiatra infantil;
- (D) solicitar mudança de turma na escola;
- (E) prescrever zinco e magnésio.

47

Durante tratamento de amidalite com amoxicilina, um adolescente apresentou placas urticariformes difusas, com necessidade de atendimento na emergência.

Após tratamento da urticária, a orientação correta é:

- (A) trocar a amoxicilina por cefadroxil;
- (B) trocar a amoxicilina por azitromicina;
- (C) trocar a amoxicilina por sulfametoxazol-trimetoprima;
- (D) suspender a amoxicilina e aplicar dose única de penicilina benzatina;
- (E) manter o antibiótico após melhora do quadro urticariforme.

48

Uma adolescente apresentou, há 15 dias, intensa dor de garganta e febre (temperatura axilar de 38,5 °C). Foi medicada por 5 dias com diclofenaco, com melhora. Há 24 horas, iniciou dor intensa e edema com sinais flogísticos no joelho esquerdo.

Na emergência, o médico deve:

- (A) colher hemograma, provas de atividade inflamatória e VHS;
- (B) prescrever cefalexina, após colher hemoculturas;
- (C) imobilizar o joelho e prescrever ibuprofeno;
- (D) internar o paciente e iniciar oxacilina por via intravenosa;
- (E) solicitar radiografia do joelho e encaminhar ao ortopedista.

49

Um lactente de 2 meses se submete a radiografia de tórax para avaliar quadro de cansaço com crises de cianose. O laudo do exame descreve coração com formato de "tamanco holandês".

O médico conclui, corretamente, que o paciente apresenta:

- (A) hipertrofia de cavidades esquerdas;
- (B) hipertensão pulmonar;
- (C) hipertrofia do ventrículo direito;
- (D) persistência do canal arterial;
- (E) coarctação da aorta.

**50**

Uma criança com 18 meses de idade foi afastada da creche devido ao aparecimento de pequenas vesículas no tronco, genitália e regiões palmares e plantares. Ela apresenta, também, febre alta e lesões aftosas em orofaringe. Outras crianças da creche estão com o mesmo quadro.

Com base no quadro clínico, o pediatra fez, corretamente, o diagnóstico de:

- (A) impetigo;
- (B) herpes simples;
- (C) varicela;
- (D) escarlatina;
- (E) coxsackievirose.

**51**

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tibia bilateralmente e petéquias esparsas em membros.

O quadro clínico é sugestivo de:

- (A) anemia falciforme;
- (B) leucemia;
- (C) zika vírus;
- (D) endocardite infecciosa;
- (E) toxoplasmose.

**52**

Um médico, residente da pediatria, atendeu uma criança que evoluiu para parada cardiorrespiratória. Ele realizou, sob supervisão, manobras de reanimação, sem sucesso. Não fez anotações da evolução e tratamento no prontuário.

A conduta do residente deve ser considerada:

- (A) correta, pois como residente não tem essa obrigação;
- (B) correta, pois a criança faleceu;
- (C) errada, pois ele não deveria ter participado da reanimação cardiorrespiratória;
- (D) correta, pois na emergência não há necessidade de registro no prontuário;
- (E) errada, pois todo atendimento deve ser registrado no prontuário.

**53**

Na primeira consulta de um recém-nascido em aleitamento materno exclusivo com satisfatório ganho ponderal, a mãe refere que a criança chora muito.

Nessa situação, o pediatra deve orientar a mãe a:

- (A) oferecer chupeta para o bebê;
- (B) complementar a alimentação com fórmula infantil;
- (C) amamentar em livre demanda;
- (D) oferecer leite materno na mamadeira durante a madrugada;
- (E) oferecer chá de camomila e água nos intervalos das mamadas.

**54**

Uma criança de 8 anos, com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para idade e sexo, é levada à consulta pela mãe, que está preocupada com o ganho ponderal excessivo do filho.

As orientações médicas devem ser para:

- (A) a adesão ao tratamento medicamentoso com sibutramina;
- (B) a redução da ingesta de proteínas e o aumento do consumo de carboidratos;
- (C) a necessidade de redução do peso pelo maior risco de desenvolver doença hepática não alcoólica;
- (D) a diminuição de atividade física pelo risco aumentado de lesões;
- (E) a realização de dieta cetogênica.

**55**

Um pai está preocupado com seu filho de 15 anos, que tem apresentado queda do rendimento escolar, desinteresse pelos esportes que praticava, comportamento hostil com familiares, perda de peso e irritação ocular ("olhos vermelhos") com fotofobia.

Considerando as informações do pai, o médico faz a hipótese diagnóstica adequada de:

- (A) distúrbio do sono;
- (B) síndrome de ansiedade generalizada;
- (C) uso de drogas ilícitas;
- (D) erro de refração ocular;
- (E) alterações comportamentais próprias da adolescência.

**56**

Uma criança, portadora de doença falciforme, é admitida na emergência com priapismo há 24 horas, que não respondeu ao tratamento habitual.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) aplicação de compressas frias;
- (B) redução da hidratação;
- (C) repouso absoluto;
- (D) injeção local de fenilefrina;
- (E) prescrição de corticoide.

**57**

Um paciente de 8 anos, com sobrepeso, apresenta pressão arterial (PA) entre o percentil 90 e 95 para sexo, idade e altura. A pressão arterial nunca havia sido aferida. Nega sintomas.

É correto afirmar que:

- (A) o paciente está normotenso;
- (B) ele deve ser encaminhado ao nefrologista;
- (C) a medicação anti-hipertensiva deve ser iniciada;
- (D) o paciente está hipertenso, mas sem necessidade de tratamento;
- (E) a PA deve ser aferida mais duas vezes, com cálculo da média das aferições, para definição diagnóstica.

**58**

Um lactente de 6 meses, internado com bronquiolite, está em suporte ventilatório.

Sobre a necessidade de analgesia/sedação do paciente, é correto afirmar que:

- (A) deve ser realizada sedação, sem necessidade de analgesia;
- (B) deve ser utilizado o pancurônio, sem necessidade de sedação/analgesia;
- (C) deve ser realizada sedação com benzodiazepínico e analgesia com tramadol;
- (D) não há necessidade de analgésicos ou sedativos se o paciente estiver ventilando bem;
- (E) deve ser realizada analgesia com meperidina pelo baixo risco de dependência química.

**59**

Os pais de uma criança de 4 anos com fimose perguntam ao médico sobre a necessidade de cirurgia.

O médico deve:

- (A) indicar postectomia;
- (B) informar que a cirurgia tem alto potencial de complicações;
- (C) aguardar ocorrência de infecção urinária para indicar cirurgia;
- (D) aguardar queixa de dificuldade para urinar para indicar a cirurgia;
- (E) explicar que a cirurgia aumenta risco futuro de infecções sexualmente transmissíveis.

**60**

Um recém-nascido de mãe adolescente com 15 anos recebe alta com orientação para que seja realizado o registro civil de nascimento (RCN) da criança.

As orientações para o procedimento devem incluir:

- (A) a necessidade da presença do pai e da mãe para registro no cartório;
- (B) a não obrigatoriedade de apresentação de documentos de identidade dos pais;
- (C) a obrigatoriedade de que o registro seja realizado na Vara da Infância e da Juventude, por ser a mãe menor de idade;
- (D) a necessidade da presença de um dos avós do bebê, caso a mãe não seja emancipada;
- (E) a necessidade de apresentação de certidão de casamento ou contrato de união estável dos pais.

**61**

Durante consulta de puericultura, a mãe de um lactente de 8 meses demonstra preocupação com o desenvolvimento psicomotor de sua filha, que é bem diferente do de outras crianças da mesma idade. Ela não responde ao olhar ou sons, faz movimentos repetitivos, tem dificuldade em aceitar novos alimentos e comportamento agitado.

O pediatra corretamente:

- (A) considera o comportamento do bebê normal para a idade;
- (B) considera que o bebê pode ser hiperativo;
- (C) indica matriculá-lo na creche para melhor socialização;
- (D) prescreve um complexo vitamínico para melhora no desenvolvimento;
- (E) aplica o formulário M-CHAT-R/F para auxiliar no diagnóstico.

**62**

Um lactente de 7 meses, com salivação excessiva, coceira nas gengivas e irritabilidade, ao exame, apresenta erupção parcial do dente incisivo central inferior esquerdo.

Sobre a saúde oral dessa criança, devem ser dadas as seguintes orientações:

- (A) a escovação dos dentes é necessária quando completar 1 ano;
- (B) a chupeta deve ser oferecida;
- (C) a utilização de anestésico tópico para redução do desconforto;
- (D) a suspensão do aleitamento materno está indicada quando nascerem os dentes pelo risco de lesão mamária;
- (E) a escovação dos dentes deve ser realizada com pequena quantidade de creme dental para bebê.

**63**

Um escolar de 7 anos apresenta, há 3 dias, cefaleia, edema de membros inferiores, sem sinais flogísticos, e urina escura. Ao exame, foram constatadas hipertensão arterial e hematúria no exame de urina. Está em uso de polivitamínicos e dipirona.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de:

- (A) reação alérgica medicamentosa;
- (B) síndrome nefrótica;
- (C) complicação de infecção estreptocócica;
- (D) intoxicação exógena;
- (E) hipertensão arterial primária com lesão renal.

**64**

Um paciente de 1 ano e 3 meses, com síndrome gripal, realizou teste rápido para SARS-CoV-2, que foi positivo. O exame físico identificou estertores subcrepitantes difusos, e a radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial peri-hilar, bilateralmente.

O tratamento deve ser:

- (A) internado em enfermaria para observação da resposta ao tratamento sintomático;
- (B) domiciliar, nebulizando com corticoide e beta-2 adrenérgico;
- (C) internado, para realização de antibiótico venoso;
- (D) domiciliar, com uso de sintomáticos;
- (E) internado em unidade de terapia intensiva com administração de oxigênio.

**65**

Uma criança de 2 anos, com febre alta (39 °C) há 3 dias e irritabilidade, se recusa a se alimentar, tem dor abdominal intensa e a mãe relata 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. A mãe procurou a emergência, onde foram realizados exames, e foi dado o diagnóstico de dengue.

O tratamento deve ser:

- (A) prescrever prednisolona e sais de reidratação oral;
- (B) prescrever sintomáticos e orientar sinais de gravidade;
- (C) internar a criança para início de antibiótico venoso;
- (D) prescrever nitazoxanida e solicitar exames de controle;
- (E) internar a criança para hidratação venosa, sintomáticos e observação.

**66**

Uma mãe informa que recebeu comunicado da escola sobre caso de meningite meningocócica na turma do seu filho de 6 anos.

O pediatra deve orientá-la a:

- (A) iniciar quimioprofilaxia na criança, com rifampicina;
- (B) colher hemograma da criança;
- (C) deixar o filho em isolamento por 7 dias;
- (D) procurar o posto de saúde para vaciná-lo para meningite ACWY;
- (E) procurar emergência para que a criança seja examinada, mesmo sem sintomas.

**67**

Na avaliação de rotina de uma criança de 7 anos, foi observado ganho ponderal excessivo nos últimos 6 meses.

Em relação à realização de exercícios físicos, o paciente deve ser orientado a:

- (A) evitar atividades de flexibilidade pelo risco de lesões articulares;
- (B) evitar exercícios ao ar livre, devido à exposição solar;
- (C) priorizar exercícios extenuantes que estimulam a produção do hormônio de crescimento;
- (D) fazer 60 minutos diários de atividade física de moderada a vigorosa intensidade;
- (E) iniciar atividades físicas estruturadas (danças, lutas, esportes coletivos) após os 8 anos.

**68**

Uma criança de 5 anos, atendida na emergência com queixa de coriza e tosse há 5 dias, tem usado desloratadina com pouca melhora. Ontem iniciou dor nos tornozelos e dor abdominal intensa, além de terem aparecido petéquias elevadas nas nádegas e nos membros inferiores, com discreto edema de mãos e tornozelos.

A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- (A) leucemia;
- (B) farmacodermia;
- (C) distúrbio da coagulação;
- (D) púrpura de Henoch-Schönlein;
- (E) púrpura trombocitopênica idiopática.

**69**

Um adolescente que estava praticando surfe apresentou, subitamente, dor em queimação na perna. Após sair do mar, observou lesão de queimadura na panturrilha esquerda.

No posto do salva-vidas, foi corretamente realizada:

- (A) limpeza da lesão com água doce;
- (B) aplicação de urina do paciente na lesão;
- (C) aplicação de pasta d'água no local;
- (D) limpeza da lesão com água do mar e aplicação de vinagre;
- (E) fricção da lesão com água morna para retirada do veneno.

**70**

Uma lactente de 10 meses, com episódios de melena e anemia, foi avaliada na emergência, onde o cirurgião pediátrico realizou toque retal, que foi livre de sangramento, e clister opaco, sem evidências de pólipos intestinais.

Com o objetivo de elucidação diagnóstica, deve-se solicitar:

- (A) pesquisa de elementos anormais nas fezes;
- (B) colonoscopia;
- (C) ressonância magnética do abdômen;
- (D) seriografia esôfago-gastro-duodenal;
- (E) cintilografia intestinal com Tc-99.

**71**

Uma menina de 7 anos, portadora de epilepsia, associou carbamazepina ao esquema anticonvulsivante prévio por descontrole de crises. Após uma semana do início da medicação, evoluiu com melhora das crises, mas há 24 horas apresenta anorexia, cefaleia e exantema maculopapular eritematoso em face e tórax, doloroso ao toque, com formação de bolhas no centro e ocupando 40% da superfície corporal. Há lesões em conjuntiva e mucosa oral.

A hipótese diagnóstica, com base nos dados apresentados, é:

- (A) necrólise epidérmica tóxica;
- (B) eritema multiforme;
- (C) síndrome de Stevens-Johnson;
- (D) penfigoide bolhoso;
- (E) vasculite.

**72**

Joana, mãe de 4 filhos, recebeu diagnóstico de tuberculose pulmonar há 7 dias (BAAR positivo no escarro espontâneo), ao sair da maternidade. Procura a unidade básica de saúde para avaliação dos menores. Todos estão assintomáticos e têm radiografias de tórax normais. As idades e os resultados da prova tuberculínica (PT) estão descritos a seguir.

- Criança A: 8 dias de vida; não realizou PT; não vacinada com BCG;
- Criança B: 1 ano; PT = 6 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Criança C: 3 anos; PT = 0 mm; vacinada com BCG ao nascer;
- Adolescente D: 12 anos; PT = 5 mm; vacinado com BCG ao nascer.

A conduta correta para cada caso, nesse momento, é:

- (A) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (B) criança A: iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: iniciar tratamento para tuberculose latente;
- (C) criança A: realizar PT e, se positiva, iniciar quimioprofilaxia primária para tuberculose; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (D) criança A: realizar BCG e não realizar PT pela idade; criança B: repetir PT em 8 semanas; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas;
- (E) criança A: aguardar até o terceiro mês de vida para realizar PT; criança B: iniciar tratamento para tuberculose latente; criança C: repetir PT em 8 semanas; adolescente D: repetir PT em 8 semanas.

**73**

Um menino de 5 anos é trazido para consulta pediátrica na unidade básica de saúde, por estar apresentando perda de peso há 2 meses, esteatorreia, dor epigástrica, náuseas e vômitos. Traz um exame parasitológico de fezes, que indica a presença de *Giardia lamblia*.

O único antiparasitário disponível para dispensação é o albendazol, que, nesse caso:

- (A) deve ser prescrito em uma dose diária por 3 dias, sem necessidade de repetir;
- (B) deve ser prescrito em uma dose diária por 7 dias e repetido após 1 semana;
- (C) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias, sem necessidade de repetir;
- (D) deve ser prescrito em uma dose única e repetido após 7 dias;
- (E) deve ser prescrito em uma dose diária por 5 dias e repetido após 7 dias.

**74**

Uma menina de 2 anos é trazida à emergência porque sofreu trauma de crânio após queda da cama dos pais (altura de 50 cm), há 30 minutos. Apresentou um episódio de vômito após a queda, mas não teve alteração no nível de consciência. No momento, pontua 15 na escala de coma de Glasgow e está assintomática.

A conduta correta, nesse caso, é:

- (A) alta hospitalar com observação domiciliar;
- (B) observação clínica por 2 horas e alta após, se assintomática;
- (C) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 6 horas;
- (D) observação clínica por no mínimo 6 horas e alta após, se assintomática;
- (E) realização de tomografia de crânio e observação hospitalar por 12 horas.

**75**

Uma menina de 10 anos chega à emergência com edema de lábios e língua, broncoespasmo e vômitos. Os sintomas se iniciaram há 30 minutos, após uso de anti-inflamatório para cefaleia.

A hipótese diagnóstica e a conduta nesse caso são, respectivamente:

- (A) angioedema; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (B) anafilaxia; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (C) angioedema; adrenalina subcutânea no braço na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (D) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:1000;
- (E) anafilaxia; adrenalina intramuscular no vastolateral da coxa na dose de 0,01 mg/kg da diluição 1:10000.

**76**

Um menino de 7 anos é admitido na emergência com cefaleia de forte intensidade, febre alta e vômitos há 24 horas. Ao exame, apresenta-se prostrado e com rigidez de nuca, além de exibir petéquias em membros superiores e tronco. A punção lombar é realizada, e o resultado do líquido é sugestivo de meningite bacteriana.

A antibioticoterapia de escolha para o caso é:

- (A) ceftriaxona (100 mg/kg/dia);
- (B) ceftriaxona (100 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (C) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (D) ceftriaxona (50 mg/kg/dia) + vancomicina (60 mg/kg/dia);
- (E) cefotaxima (200 mg/kg/dia) + ampicilina (200 mg/kg/dia).

**77**

Um adolescente de 12 anos apresenta febre (38 – 38,5 °C) há 14 dias, cansaço e dor de garganta. Ao exame, placas esbranquiçadas em amígdalas, linfonodomegalias em cadeias cervicais anteriores bilaterais e esplenomegalia. Refere que, no segundo dia dos sintomas, procurou emergência e foi liberado com amoxicilina, mas evoluiu com exantema maculopapular, no segundo dia do antibiótico, que foi suspenso.

A provável etiologia para o quadro é:

- (A) vírus da dengue;
- (B) vírus Epstein-Barr;
- (C) *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A;
- (D) zika vírus;
- (E) parvovírus B19.

**78**

A asma é uma doença pulmonar crônica que necessita de controle para evitar perda progressiva da função pulmonar.

O tratamento intercrise tem como principal fármaco:

- (A) corticoide inalatório;
- (B) antileucotrieno;
- (C) broncodilatador de longa duração;
- (D) broncodilatador de curta duração;
- (E) corticoide sistêmico na menor dose possível.

**79**

Na vasculite por imunoglobulina A, algumas manifestações clínicas requerem tratamento com corticoterapia sistêmica, dentre elas:

- (A) oligoartrite aguda e hemorragia pulmonar;
- (B) púrpura palpável e envolvimento gastrointestinal grave;
- (C) orquite e envolvimento gastrointestinal grave;
- (D) necrose de pele e oligoartrite aguda;
- (E) artralgia e vasculite cerebral.

**80**

Na distopia testicular, o testículo é palpável, mas não se encontra na posição anatômica adequada.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- (A) dentro do segundo ano de vida;
- (B) após o primeiro ano de vida;
- (C) após o segundo ano de vida;
- (D) após confirmação da distopia por ultrassonografia;
- (E) no primeiro ano de vida, passados os primeiros 6 meses.

RASCUNHO

Realização

